Aus der Poliklinik für Nervenkranke des Herrn Prof. Dr. Mendel in Berlin.

Dysphagia hysterica.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doktor-Examen

der medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Juli 1893

von

Paul Blankenstein

aus Dortmund.

Bonn 1893.
Buchdruckerei Jos. Bach Wwe.

Meinen lieben Eltern.

je höher der locus affectus und je hochgradiger die Stenose ist.

Bevor wir nun zu unserem eigentlichen Thema, der Dysphagie, wie sie bei der Hysterie auftritt, übergehen, wollen wir kurz die Schlingstörungen betrachten, welche durch Schmerzen der Mund- und Rachenhöhle, ferner durch mechanische Hindernisse bedingt werden.

Betrachten wir in erster Linie die Schlingstörungen, welche durch Affektionen der Mundhöhle veranlasst sind, so finden wir, dass die Zunge einer Unmenge von chemisch und mechanisch wirkenden Schädlichkeiten ausgesetzt ist, welche zur Dysphagie führen. So kann z. B. ein Knochensplitter, ein scharfkantiger, cariöser Zahn, ein Wespenstich u. s. w. eine solch beträchtliche oedematöse Schwellung erzeugen, sodass die Kranken, zumal wenn der hintere Teil der Zunge an die hintere Pharynxwand gepresst den Kehldeckel niederdrückt, unter paroxysmalen Suffocationserscheinungen nicht mehr im stande sind, zu kauen und zu schlucken. Ebenso beobachten wir nicht selten, dass durch Neoplasmen der Zunge, teils durch Schmerz, teils durch Tieferwucherung der Neubildung die Bewegungen der Zunge mehr und mehr eingeschränkt und erschwert werden, und das Kauen und Schlucken fast gar nicht mehr ausgeführt werden kann. Auch bei der Stomatitis, einer rasch in Zerfall übergehenden, ansteckenden Geschwürsbildung am Zahnfleischrande, welche von dort aus starke Schwellung des ganzen Mundes verursacht, ist die Schmerzhaftigkeit der Affektion so intensiv, dass die Schlingbewegungen vollständig aufgehoben sind; ähnliche Symptome zeigt der Scorbut der Mundhöhle.

In der Mund-, auch Rachenhöhle entwickeln sich besonders bei schwächlichen, künstlich genährten Kindern,

doch auch bei Erwachsenen (schweren Typhuspatienten, Phthisikern, Carcinomkranken u. dergl.) zuweilen grauweisse Auflagerungen auf der Schleimhaut, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Pilzwucherung herausstellen, und zwar ist es der Soorpilz (oidium albicans). Derselbe kann sich im Rachen manchmal so massenweise anhäufen, dass die Deglutition stark beeinträchtigt oder gar ganz unmöglich ist. Besonders gefahrdrohend ist der Soor bei elenden, künstlich genährten Kindern, bei denen durch Ansammlung dieser Pilze das Schlingen gänzlich unmöglich ist und in nicht seltenen Fällen sehr bald der exitus letalis erfolgt.

Auch beobachten wir bei einer Reihe von Intoxikationen als eines der Hauptsymptome die Dysphagie. So zeigt sich bei der Atropinvergiftung wegen der verminderten Speichelsekretion Trockenheit im Munde und im Halse, und es wird dem Kranken infolgedessen unmöglich, den in den Mund eingeführten Bissen in gehöriger Weise einzuspeicheln. Nicht minder beschwerlich sind die Erscheinungen bei dem Botulismus, d. h. einer Intoxication, welche zuweilen nach dem Genuss verdorbener Würste, zumal in schweren Fällen aufzutreten pflegen. Hier erleidet das Gebiet des nervus glossopharyngeus, während alle übrigen Sinnesnerven ihre Funktionen ungestört fortsetzen, tiefgreifende Veränderungen. Diese sprechen sich in dem beinahe pathognomischen Symptome der Dysphagie aus, welche sich nicht selten bis zur völligen Aphagie steigert. Selbstverständlich wird die Nahrungsaufnahme durch die eben erwähnten Deglutitionsstörungen ganz oder doch beinahe unmöglich gemacht.

Bei den Gaumenkrankheiten ist als die wichtigste

Störung die Erschwerung des Schlingens in den verschiedensten Graden bis zur Unmöglichkeit anzusehen, entweder wegen zu grosser Schmerzen oder wegen behinderter Muskelwirkung. Das Schlingen ist entweder ganz aufgehoben oder es ist nur zeitweise unmöglich. Besonders nach längerer Pause sind die ersten Schlingversuche bald wegen Schmerzen, bald aus anderen Ursachen oft erfolglos, während die folgenden gelingen. Kleine Schlücke sind in vielen Fällen schwieriger zu befördern und schmerzhafter als grosse, wohl deshalb, weil zu ersteren ausgiebigere Muscelcontractionen nötig sind, als zu letzteren.

Die hypertrophische sowie die entzündliche Schwellung der Tonsillen, welch letztere in der Regel mit Beteiligung des weichen Gaumens als sogenannte angina tonsillaris aufzutreten pflegt, findet sich meist in den ersten Lebensjahren und zeigt eine beträchtliche Verkleinerung des Racheneingangs. Die hierdurch bedingten Schlingbeschwerden sind bald gering, bald stärker, sie fehlen bei höheren Graden nie, werden aber vom Kranken bisweilen nicht empfunden, sind jedoch bei der objektiven Beobachtung meist sehr deutlich.

Ausser der eben erwähnten Affektion sind neben den luetischen Neoplasmen, deren Lieblingssitz nächst der äusseren Haut der weiche Gaumen ist, fast sämtliche Neubildungen am Gaumen beobachtet worden, was bei der Mannigfaltigkeit der denselben bildenden Gewebe und der verschiedenen Schädlichkeiten, welche darauf einwirken, leicht erklärlich ist. Klinisch zeigen sie insgesamt als Hauptsymptom die Behinderung des Schlingens. Die Kranken klagen bei jeder Schlingbewegung über heftigen Schmerz, welcher bei schweren Erkrankungen auch in der Zwischenzeit nicht ganz nachlässt. Die Schlingbeschwerden sind sehr erschwert und erfolgen sehr

mühsam und langsam. Namentlich bei vorhandener Tonsillarschwellung haben die Kranken das Gefühl, als wenn sie jedesmal einen dicken Kloss verschlucken müssten. Erfahrunggemäss ist das „Leerschlucken“ nicht selten noch schmerzhafter, als wenn die Kranken irgend einen festen Bissen oder etwas Flüssiges hinunterschlucken.

Zu den mechanischen Störungen, welche die Dysphagie bedingen kann, rechnen wir ferner eine Reihe von Affektionen, welche einerseits den Oesophagus, anderseits seine Nachbarorgane ergreifen. So sehen wir Schlingbeschwerden auftreten, welche durch Verengerungen der Passage veranlasst sind. Bei den Stenosen des Oesophagus, wo der Querdurchmesser desselben in einer oder der anderen Richtung vermindert ist, so dass das Lumen des Organs mehr oder weniger an seiner Durchgängigkeit eingebüsst hat, ist in erster Linie die Entzündung die wichtigste Krankheit zu nennen. Die oesophagitis ist nun entweder diffus oder circumscript; die erstere Krankheit gehört zu den seltneren und wird fast nur durch mechanische oder chemische Einflüsse erzeugt, vor allem sind Verbrennungen durch concentrierte Säuren und Alkalien oder durch stark reizende vegetabilische oder mineralische Substanzen zu beschuldigen, die heftigen Schmerzen längs des Verlaufes der Speiseröhre sowie das äusserst erschwerte Schlingen zu veranlassen. Bedeutend häufiger begegnen wir der umschriebenen Oesophagitis, bei welcher nur ein kleiner Teil der inneren Membran entzündet, während die Muscularis gewöhnlich intakt bleibt. Was nur immer stark reizend auf die innere Fläche des Oesophagus wirkt, wie Erosionen durch geschlungene stechende Körper, — mögen sie auch bald entfernt sein — ferner das Verschlingen stark ätzender Stoffe z. B. Schwefelsäure, Car-

bolsäure, Sublimat u. s. w., kann die Ursache der Entzündung werden. Haller citiert einen Fall, wo durch rasches Einatmen ein scharfer Tabakrauch in den Oesophagus gelangte, hier sofort heftigen Schmerz und Schlingbeschwerden bewirkte und zum Ausgang einer circumscripten Entzündung führte. Bei dieser Affektion fehlt die Dysphagie nie, nur ist der Grad nicht immer im Verhältnis zur Affektion, und scheint mehr von der Subjektivität der Kranken abzuhängen. Während also schon bei dem einen die beginnende Exsudation die heftigsten Schlingbeschwerden mit Regurgitation hervorruft, besteht bei dem andern bloss das Gefühl des Hindernisses beim Schlingen, welches aber nicht unschwer überwunden werden kann.

Bei weitem die häufigste Ursache der Verengerungen des Oesophagus ist das Carcinoma oesophagi, dessen vier Prädilectionsstellen bekanntlich

1) der Isthmus oesophagi, zwischen Ring-Knorpel und Wirbelsäule,
2) an der Kreuzungsstelle mit dem linken Bronchus,
3) am Hiatus oesophageus des Diaphragma,
4) an der Cardia, wo das Plattenepithel des oesophagus mit einer gezackten Linie aufhört, gelegen sind.

Während die Kranken im Beginne der Krankheit nur einen geringen Druck in dem Oesophagus beim Schlucken fühlen, bemerken sie nach kurzer Zeit, dass sie feste Speisen und grössere Bissen nur mit Mühe herunterschlucken können. Je enger die Stenose wird infolge des schnellen Wachstums des Neoplasmas, desto schwieriger wird die Nahrungsaufnahme, sodass die Patienten bald nur noch flüssige Nahrung sehr langsam und in kleinen Schlücken zu sich nehmen, bis sie schliess-

lich an Inanition zu Grunde gehen. Strümpell hebt besonders hervor, dass die erwähnten Schlingbeschwerden, wenn auch meistens, so doch nicht ausschliesslich von der rein mechanischen Verengerung der Speiseröhre abhängig sind. Man beobachtet zuweilen eine fast völlige Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme in Fällen, bei welchen die Sektion kein hinreichendes mechanisches Hindernis ergiebt. Die Schlingbeschwerden haben dann ihren Grund darin, dass die anatomische Laesion der Oesophagus-Wandung auch die Muskulatur derselben wesentlich geschädigt hat, und die Funktionsabnahme der Muskulatur an der betroffenen Stelle begünstigt vorzugsweise das Steckenbleiben der Speisen.

Andere Geschwülste im Oesophagus, ausser dem Carcinoma, gehören zu den grössten Seltenheiten. Zu erwähnen sind nur noch die einige Male beobachteten gestielten fibrösen Polypen, welche gewöhnlich von dem untersten Abschnitte der vorderen Pharynxwand ausgehen, nach unten in den Oesophagus herabhängen und zu einer Deglutitionsstörung Anlass geben können.

Nächst den Neubildungen sind constringierende Narben, welche im Anschluss an schwere Ulcerationen der inneren Wand des Oesophagus entstehen, als Ursache der Dysphagie zu nennen. In der Regel machen die Narben erst sehr spät, oft erst nach einer Reihe von Jahren, nach scheinbar vollständig geheilter Entzündung eine leichte Beschwerde beim Schlingen. Nach und nach wird das Schlingen fester Körper ganz unmöglich, und nur Flüssiges zu schlingen ist noch möglich, bis endlich jede Deglutition infolge des fast vollständigen Verschlusses des Oesophagus eingestellt werden muss.

Mit wenigen Ausnahmen ist die Deglutitionsstörung

in sehr hohem Grade bis zur Unmöglichkeit des Schlingens in den Fällen vorhanden, wo Fremdkörper in den Oesophagus gelangen und aus dem Lumen desselben nicht vermöge der eigenen muskulösen Kraft des Organs entfernt werden können.

In einer überwiegenden Anzahl von Fällen, wo wir das Symptom der Dysphagie vorfinden, ist dasselbe nicht als eine Erkrankung des Oesophagus, sondern vielmehr als das abnormer Zustände ganz anderer naher oder ferner Organe anzusehen. Einen sehr interessanten und seltenen Fall berichtet Hamburger. Die knorpeligen Anhänge des Zungenbeins waren luxiert und riefen starke Schlingbeschwerden hervor. Sobald man die Luxation erkannt hatte, wurde sie sogleich eingerichtet, worauf die Dysphagie verschwand.

Sehr häufig beobachtet man, dass durch retropharyngeale Abscesse, welche vorzugsweise bei Kindern im ersten Lebensjahre vorkommen und sich sowohl bei schwächlichen als auch bei vorher ganz gesunden und kräftigen Kindern entwickeln, durch einen starken Druck auf die hintere Rachenwand das Schlingen im hohen Grade beeinträchtigen.

In betreff der Struma gehen die Ansichten der meisten Autoren dahin, dass diese Neubildung sehr wohl imstande sei, Deglutitionsstörungen zu bedingen. Indess behauptet Hamburger, welcher in einer Gegend lebt, wo die Struma endemisch ist, — vielleicht nicht mit Unrecht — dass der Kropf fast niemals, möge er noch so monströs entwickelt sein, die Ursache des erschwerten Schlingens werden könne. Wir können daher wohl der Ansicht Hamburgers beitreten und annehmen, dass der etwaige Druck von Seiten der Struma in den meisten Fällen auf die darunter liegende, den Oesophagus

schützende Trachea ausgeübt wird und nur in höchst seltenen Fällen bei Carcinom oder anderweitigen bösartigen Degenerationen der Schilddrüse auch den Oesophagus in Mitleidenschaft ziehen und dysphagische Erscheinungen veranlassen kann.

Nicht minder sind die Aneurysmen, besonders der Aorta, von sehr vielen Autoren als Ursache der Dysphagie angesehen worden, während Mondière nach langjährigen praktischen Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt ist, dass das Aortenaneurysma fast nie eine Funktionsstörung des Oesophagus bedingen kann. Der letzteren Ansicht tritt auch Hamburger bei, welcher die Behauptung aufstellt, dass das Aortenaneurysma nicht durch Druck und Volumen auf den Oesophagus die Dysphagie zu verursachen vermag, sondern immer nur dann, wenn der Reiz dieser Degeneration Stase und entzündliche Exsudation in der Schleimhaut oder Muscularis bedingt hat.

Eine ausgesprochene Dysphagie haben wir Gelegenheit bei Erkrankungen der Wirbel zu beobachten. Die Alterationen, welche hier in Betracht kommen, sind die entzündlichen Zustände der Knochen und Knorpel, wie des ligamentösen Apparates, ebenso die nachfolgenden cariösen Ulcerationen. Dagegen hat jede andere graduelle vorrückende Dislokation des Wirbels niemals Schlingbeschwerden zur Folge, auch wenn die Abweichungen der Wirbelsäule ungewöhnliche Dimensionen erreicht.

Dass bedeutende pericardiale Exsudate und Herzhypertrophieen in vereinzelten Fällen Dysphagie bedingen kann, ist bekannt und einleuchtend. Weniger bekannt dürfte es sein, dass mediastinale Exsudationen, wofern sie einen bedeutenden Grad erreichen, das Schlingen einigermassen zu beeinträchtigen imstande sind. Es

ist ferner keine grosse Seltenheit, dass eine beträchtliche tuberculöse Infiltration der um die Bifurcation der Trachea gelegenen Lymphdrüsen durch Druck auf den Oesophagus, mit dem sie auch Verwachsungen eingehen, Dysphagie veranlassen. Weiterhin ist es eine häufig erwähnte Thatsache, dass Carcinom der Lunge und der Pleura durch den Druck der Geschwulstmasse auf den Oesophagus Schlingbeschwerden bedingen. Dass durch Rupturen und Perforationen des Oesophagus, mögen sie bedingt sein durch Fremdkörper, Abscedierungen oder häufiger durch Aortenaneurysma oder Wirbelexostosen, heftige Deglutitionsstörungen auftreten, bedarf keiner näheren Erörterung.

Ausserdem kommen nicht selten abnorme Kommunikationen des Verdauungskanals mit der Nase oder dem Rachenraume vor, ferner Defekte des harten Gaumens, wie bei Lues, oder Lähmung des weichen Gaumens infolge ungenügenden Verschlusses des Kehlkopfes, endlich Defecte, durch welche die Speiseröhre mit der Luftröhre in Kommunikation tritt, welche insgesamt die Ursachen der Schlingstörung sein können.

Nachdem wir bisher diejenigen Funktionsstörungen des Schlingaktes, welche durch Veränderungen im Gewebe des Oesophagus und seiner Nachbarorgane bedingt sind, besprochen haben, so wollen wir nunmehr die Arten der Dysphagieen einer besonderen Betrachtung unterziehen, welche auf einer Störung der Innervation beruhen und als Neurosen sp. als Lähmungen oder Krampfformen aufzufassen sind. Um uns die nervösen Deglutitionsstörungen möglichst klar zu legen, ist es für das Verständnis der Pathogenese dieser Affectionen von grosser Bedeutung, die normalen physiologischen Verhältnisse des Schlingaktes ins Auge zu fassen.

„Der Schlingakt ist, soweit er den Oesophagus betrifft, wesentlich reflectorischer Natur. Die Erregung der sensibeln Nervenendigungen in der Schleimhaut bewirkt der Vermittlung der in der Wand des Oesophagus ausgebreiteten Ganglienplexus eine Contraction in dem gereizten Abschnitte und diese schreitet bei Fortdauer des Reizes peristaltisch nach abwärts fort. Für dieses peristaltisehe Fortschreiten der Contractionswelle ist entweder die Bewegung selbst als Reiz anzusehen, durch welchen reflectorisch das nachfolgende Stück in Kontraktion versetzt wird (Wild), oder, was neuerdings durch die Untersuchungen von Goltz wahrscheinlich geworden ist, durch die Erregung der mächtigen gangliosen Plexus in der Wand des Oesophagus, welche Meissner, Auerbach u. A. nachgewiesen haben. Diese Ganglienplexus des Oesophagus stehen mit der Medulla oblongata wiederum durch Nervenfasern, und zwar, wie es scheint, ausschliesslich durch Vagusfasern in Verbindung.

Während direkte Reizung der Speiseröhrenwand sowie der Vagusstämme Kontraktionen des Rohres mit peristaltischem Ablauf hervorrufen, bewirken nach Goltz' Versuchen an Fröschen Zerstörungen des Gehirns und Rückenmarks, ebenso wie die Durchschneidung der vagi viele Stunden lang andauernde Kontraktionen des Oesophagus und des Magens. Die Erscheinung kann auch hervorgerufen werden durch starke Reizung anderer centripetaler, mit der Speiseröhre und dem Magen nicht zusammenhängender Nerven, z. B. der nervi ischiadici oder der Nerven isolierter Darmschlingen u. s. w. Für uns kommt noch eine Theorie in Betracht, die in der Nervenpsychiologie in neuerer Zeit vielfach erörterte Frage der Reflexhemmung.

Die Physiologen sind darüber noch nicht einig, ob

es neben den Reflexübertragungscentren noch besondere reflexhemmende Vorrichtungen gäbe, wie es Setschenow annimmt und auch Nothnagel festhält, während Goltz auf Grund seines bekannten Froschversuches eine andere Erklärung der Reflexhemmung giebt. Soviel steht jedoch fest, dass, wenn verschiedene Reize auf ein Centrum einwirken, welches einen bestimmten Reflexakt vermittelt, unter gewissen Verhältnissen eine Summierung der Reizwirkungen, somit Steigerung der Reflexe, ein andermal wieder Reflexhemmung daraus resultieren kann. Genau lassen sich die Bedingungen für die beiden Vorgänge noch nicht präcisieren. Wenden wir diese Sätze auf die reflektorischen Vorgänge beim Schlingakt an, so wird es erklärlich, wie teils Reize im selben Innervationsgebiet, also im Pharynx, im Oesophagus und Magen als solche in benachbarten Organen, die ihr Innervationscentrum ebenso wie die Schlingwerkzeuge in der Medulla oblongata haben, die normale Peristaltik der Speiseröhre beeinflussen können."

Ebenso ist es bekannt, dass psychische Vorgänge zu den Reflexerscheinungen in naher Beziehung stehen, und es steht damit die Erfahrung im Einklange, dass heftige Emotion, Schreck, Angst, dass Nervosität sowie Hysterie ätiologische Momente für die nervöse Dysphagie abgeben.

Die auf nervöser Basis beruhende Dysphagie kann sich nun einerseits als Lähmungserscheinung repräsentieren, anderseits als krampfhafte Zustände der Pharynx- oder der Oesophagus-Muskulatur, welch letztere wir im Folgenden einer genaueren Abhandlung unterziehen wollen, nachdem wir einige Worte über die paralytische Dysphagie gesprochen haben.

Die veranlassende Ursache der paralytischen Dysphagie, mag sie durch Lähmung der Speiseröhre oder des Schlundes bedingt sein, ist uns äusserst wenig bekannt. Es liegt dies wohl zum grossen Teil begründet in der Seltenheit des Vorkommens genannter isolierter Lähmungen. Wie Romberg mitteilt, hat die Ursache der Schlundlähmung nur selten ihren Sitz in der peripherischen Bahn des Vagus oder Accessorius; gewöhnlich ist die Stätte central, im Halsteile des Rückenmarks oder im Gehirn und andere paralytische Affektionen sind Begleiter. Als Teilerscheinung ausgedehnter cerebraler Lähmungen kommt die Paralysis oesophagi wohl häufig, aber fast immer nur gegen Ende des Lebens zur Beobachtung, so bei der progressiven Bulbärparalyse (Paralysis glosso-labio-pharyngea), wo nach Leyden und Charcot eine fortschreitende degenerative Atrophie der Nervencentren in der medulla oblongata zu Grunde liegt.

Zuweilen finden wir, dass durch Erschöpfung der Nervenkraft nach Gemütsbewegungen, starken Blutverlusten, im Verlauf schwerer typhöser Krankheiten paralytische Deglutitionsstörungen auftreten. Die Agonie in tötlich verlaufenden Krankheiten wird oft durch Schlingstörungen eingeleitet. Hierher ist ferner das Versagen des Schlingaktes bei Bleiintoxicationen und nach dem Verlauf der Diphterie zu rechnen, wobei die herbeigeführte Anaesthesie der Pharynxschleimhaut als Ursache betrachtet werden dürfte, dass die Schlingbewegung als Reflex nicht eintritt. Die paralytische Dysphagie tritt in verschiedenen Abstufungen zu Tage, welche sich nach dem Grade der motorischen Schwäche richten. Sehr wichtig ist für die Grade der Dysphagie der Umstand, ob der Oesophagus allein oder auch zugleich der Pharynx paralytisch ist. Im ersteren Falle

entwickelt der Pharynx willkürlich eine so bedeutende Kontraktion, dass das Schlingen stattfindet, ist jedoch auch er motorisch geschwächt, dann wird die Deglutition schwieriger, wenn nicht gar unmöglich.

Nach Zenkers sorgfältigen Studien sind die Störungen im Schluckmechanismus bei Geisteskranken nichts so gar seltenes, und hat man in erster Linie den Lähmungen der Lippen und Backenmuskulatur, welche sich durch immer zunehmende Verlangsamung und Unbehilflichkeit der Kaubewegungen kundthun und ferner der Oesophagus-Lähmung die Hauptschuld an dieser Affektion beizumessen. Hierher müssen auch die idiopathischen Paralysen gerechnet werden, welche beschränkt auf den Oesophagus allein in hohem Alter sowie im Verlauf inveterierter Kachexieen eintreten.

Wenden wir uns nun zu den durch nervösen Spasmus bedingten Schlingstörungen, so beobachten wir in schwereren Fällen, wo sich nicht nur im Halsteile das Krampfgefühl, sondern ganz besonders im Brustteile bemerkbar macht, neben einem schmerzhaften Constrictionsgefühl im Halse und in der Brust ein äusserst erschwertes Schlingen. Die Behinderung der Deglutition ist nur in geringen Fällen eine vollständige. In diesem Falle passiert kein Ingest, nicht einmal Flüssigkeit die verengte Stelle. Bei jedem Versuch zu schlingen, wird, wenn der Krampf seinen Sitz im oberen Teile der Speiseröhre hat, die Nahrung sofort wieder zurückgestossen. In der Mehrzahl der Fälle besteht nur eine Erschwerung des Schlingens, sodass die Nahrung, wenn auch erst nach längerer Bemühung der Kranken und wiederholtem Aufsteigen der Ingesta, endlich doch ganz oder grösstenteils in den Magen befördert wird. In den meisten dieser Fälle geht das Schlingen von Flüssigkeiten leichter von

statten, als das von festen Speisen; zuweilen verhält es sich gerade umgekehrt. Manche dieser Kranken schlingen warme Flüssigkeiten leichter, andere wieder kalte. Die Sonde stösst, während des Anfalls eingeführt, an der Stelle, welche Sitz der krampfhaften Verengerung ist, auf eine Striktur. Uebt man auf diese einen starken Druck aus mit dem Schlundrohre oder lässt man die Sondenspitze einige Minuten in der Striktur stehen, so erschlafft die Muskulatur entweder plötzlich oder allmählich und die Sonde gleitet ohne jeden Widerstand in den Magen hinab. Manchmal genügt schon die Einführung der Sonde in den Pharynx, um den Krampf der Speiseröhre zum Schwinden zu bringen. Die Wiederkehr des Krampfanfalles erfolgt nach längerer oder kürzerer Zeit und dann gewöhnlich durch eine psychische Emotion, z. B. Aerger, durch Furcht vor Wiederkehr des Krampfes hervorgerufen. Die Dauer der einzelnen Anfälle ist sehr verschieden, er kann Minuten, Stunden, Tage währen, ja selbst eine Persistenz von Wochen und Monaten ist beobachtet worden. Bei dieser letzteren Form wird, wenn auch das Schlingvermögen niemals ganz aufgehoben ist, bei der erschwerten Nahrungszufuhr der Kräftezustand des Kranken bedenklich alteriert. Vorzugsweise sind nervöse Individuen, sowie anämische und chlorotische zu dieser in sehr schweren Fällen langdauernden Affection prädisponiert.

Die spastische Dysphagie zeigt sich als Teil-Erscheinung bei dem Tetanus, der Hydrophobie und ganz besonders bei der Hysterie, welch letztere, wie schon erwähnt, ein grosses Kontingent zu den Neurosen der Schlingorgane stellt. Diese in ihrem Wesen noch unaufgeklärte Krankheit, von welcher Fr. Hoffmann wegen ihrer mannigfaltigsten Symptome sagt: „non est

unus morbus, sed potius morborum cohors", geht bekanntlich mit einer gesteigerter Erregbarkeit des cerebrospinalen Nervensystems einher, ohne dass im Nervensystem eine gröbere anatomische Veränderung zu Grunde liegt. Dies folgt vor allem daraus, dass jede auch noch so schwere hysterische Affektion unter Umständen in kürzester Zeit vollständig verschwinden kann. Für das richtige Verständnis der Hysterie ist es unbedingt notwendig, sich von der alten unhaltbaren Vorstellung frei zu machen, die Hysterie wäre eine „allgemeine funktionelle Erkrankung des gesamten Nerven-Systems, sodass bald dieser, bald jener Abschnitt desselben in seinen Funktionen gestört sein kann." Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, welche sich ausschliesslich auf die mit psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern ebenso auch auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen.

Gehen wir auf die ätiologischen Momente der Hysterie etwas näher ein, so ist hierbei, wie schon erwähnt, den psychischen Ursachen in erster Linie Rechnung zu tragen. In sehr bemerkenswerter Weise machen sich hierbei oft die besonderen Nebenumstände der psychischen Einwirkung auf die Lokalisation der hysterischen Erkrankung geltend. Derjenige Körperteil, auf welchen bei der psychischen Erregung die Aufmerksamkeit vorzugsweise hingelenkt wird, ist später nicht selten auch der Sitz der nervösen Affektion. Zuweilen hat man jedoch auch Gelegenheit zu beobachten, dass sich die Hysterie ganz ohne besondere Veranlassungsursache

zu entwickeln vermag, was man namentlich bei jüngeren Personen mit stark hereditärer nervöser Beanlagung findet. Ueberhaupt spielt die individuelle Disposition in der Pathogenese aller funktionellen Nervenstörungen eine sehr grosse Rolle; worin diese Disposition besteht, wissen wir nicht, man kennt nur einige ihrer bedingenden Ursachen und sieht ihre Folgen.

Dass die Hysterie bei dem „schwachen" weiblichen Geschlechte häufiger ist als beim männlichen ist eine bekannte und im allgemeinen richtige Thatsache. Indessen kommen auch bei Männern schwere hysterische Erkrankungen, besonders in Frankreich, keineswegs selten vor; am häufigsten betroffen ist das jugendliche und mittlere Lebensalter.

Da wir die Hysterie als eine Psychose auffassen, so kann es nicht auffallen, dass man in vielen Fällen aus den besonderen Eigenheiten der Kranken, welche die psychische Konstitution und das psychische Naturell bedingen, schon einen Schluss auf die Art der Krankheit machen kann. Die Hysterischen sind erregt, leicht reizbar, empfindlich, launenhaft. Nicht selten hört man, dass sie über alle möglichen Beschwerden klagen, welche stets durch psychische Erregungen gesteigert werden, zu anderen Zeiten aber so sehr in den Hintergrund treten, dass die Kranken gar nicht den Eindruck eines solchen machen. Auch sind sie sehr anspruchsvoll und suchen auf alle nur denkbare Weise gegen ihre Umgebung und ihren Arzt Mitleid zu erregen. Auf der einen Seite willensschwach und energielos, sind sie doch anderseits schlau und hartnäckig, wenn es gilt, irgend einen Wunsch durchzusetzen. Doch können sie auch, wenn sie wollen, sehr liebenswürdig und anziehend sein. Klug sind sie

fast immer, nur verhältnismässig selten kommt die Hysterie bei unbegabten und stupiden Personen vor.

In jedem Falle, wo die Diagnose Hysterie feststeht oder erst begründet werden soll, müssen wir bei den Kranken nach gewissen Symptomen forschen, welche für die Hysterie charakteristisch und daher in diagnostischer Beziehung besonders wertvoll aufgefasst werden müssen. Man bezeichnet solche Symptome nach dem Vorgange von Charcot als „hysterische Stigmata“. Es sind dies Symptome, welche meist andauernd vorhanden sind und daher jeder Zeit leicht aufgefunden werden können. Nur ausnahmsweise geben die Kranken diese Symptome selbst an, und nicht selten haben sie sogar nicht die geringste Ahnung von dem Vorhandensein dieser Symptome. Die wichtigsten und häufigsten dieser hysterischen Kennzeichen beziehen sich auf Sinnesempfindungen, welch' letztere bei sehr schweren Fällen bedeutend abgeschwächt zu sein pflegen. Ueberhaupt muss man nicht nur die Empfindlichkeit der gesamten Körperoberfläche, sondern ebenso die Funktionen aller übrigen Sinne (Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack) ganz genau prüfen. Die Herabsetzung der Empfindlichkeit an der gesamten Körperoberfläche findet sich nicht selten als mehr oder weniger vollständige Analgesie; doch hat man auch sehr häufig Gelegenheit zu beobachten, dass sich die Anaesthesie auf bestimmte Körperteile beschränkt, z. B. auf den Arm, auf das Bein oder es finden sich an den Extremitäten und am Rumpfe anaesthetische Partieen, welche sich in oft sehr eigentümlichen Formen von der normal empfindenden Haut abgrenzen.

Dass die Hörschärfe auf einem oder beiden Ohren abnimmt, ist keine sehr seltene Erscheinung. Noch häufiger finden wir die Geschmacksempfindung voll-

ständig aufgehoben oder die Zunge ist für diesen oder jenen Stoff anaesthetisch. Dasselbe gilt für den Geruchsinn. Zuweilen klagen die Kranken über undeutliches und trübes Sehen, und bei der ophtalmoskopischen Untersuchung stellt sich nicht selten eine Abnahme der Sehschärfe und ein rasches Ermüden beim Sehen heraus. Sehr charakteristisch ist ferner die Einengung des Gesichtsfeldes, welche durch Anaesthesie der peripherischen Teile der Retina hervorgerufen wird; auch die hysterische Achromatopsie, d. h. der teilweise oder vollständige Verlust der Farbenempfindung wird ziemlich häufig beobachtet. Als eine sehr interessante und seltene Erscheinung dürfte hier auch Diplopia monocularis hysterica angeführt werden, welche Prof. Mendel im W.S. 92/93 Gelegenheit hatte in seiner Klinik vorzustellen.

Ein weiteres Symptom, welches fast nur bei Hysterie vorkommt, ist die hysterische Hemianaesthesie. Diese Hemianaesthesie betrifft in den typischen ausgebildeten Fällen genau die Körperhälfte; die Grenze zwischen der Anaesthesie und der normal empfindenden Haut liegt scharf in der Mittellinie des Körpers. Auf der befallenen Seite haben die Kranken kein Gefühl für die Lage ihrer Glieder, auch sind die Sinnesorgane der anaesthetischen Hälfte bedeutend in ihrer Thätigkeit beeinträchtigt. Ausser den bisher erwähnten Anaesthesieen kommen sehr häufig auch bei den Hysterischen Hyperaesthesieen vor, welche niemals bei der Untersuchung eines nervösen Individuums unbeachtet bleiben dürfen, da sie verhältnismässig öfter, oder man kann sogar behaupten, fast bei jedem Hysteriefalle gefunden werden. Während wir die hyperaesthetischen Stellen, welche sich, teils mit heftigen Schmerzen verbunden, teils nur bei Druck schmerzhaft, sehr selten an den Extremitäten finden, pflegen sie

besonders häufig aufzutreten am Kopf und Rumpf, insbesondere am Sternum, an der Clavicula, an den Seitenteilen der Brust u. a. Sehr charakteristisch und fast pathognomonisch für die Hysterie ist die Hyperaesthesie an der Wirbelsäule, die hysterische „Spinalirritation"; die Hyperaesthesie kann die Wirbelsäule im Ganzen befallen, jedoch findet man in der Mehrzahl der Fälle, dass in der Gegend der Halswirbeln oder der oberen Brustwirbeln einzelne Wirbeln bei der leisesten Berührung der Haut oberhalb der Wirbeln oder bei etwas tieferem Druck dem Kranken die heftigsten Schmerzen bereiten. Neben dieser Erscheinung ist noch die bei Frauen sehr häufig zu beobachtende Ovarie, welche sich gewöhnlich auf einer Seite, links etwas häufiger als rechts, vorfindet. Wie die Anaesthesie so ist auch die Hyperaethesie in den Sinnesgebieten nicht selten vorhanden.

Die hysterischen Lähmungen, welche sich meist unmittelbar an psychische Erregungen anschliessen und sich nur selten allmählich entwickeln, befallen am häufigsten die Extremitäten, namentlich die Beine, sehr viel seltener die Arme. Bei der Hysterie kommen sowohl schlaffe als auch spastische Lähmungen vor. Was die Sehnenreflexe betrifft, so beobachten wir in manchen Fällen von hysterischer Paraplegie nicht selten eine derartige Steigerung der Fussphänomenen, dass man zunächst an eine wirkliche Spinallähmung zu denken geneigt ist; in anderen Fällen hängt das gelähmte Glied vollständig schlaff herab, z. B. bei Lähmungen des Armes. Hysterische Aphonie infolge von hysterischen Stimmbandlähmungen, welcher sich hin und wieder vollständiger Mutismus anschliesst, ist gleichfalls keine seltene Erscheinung. Viel seltener als diese Lähmungen sind diejenigen, welche auf Hysterie basierende Deglutitions-

störungen bedingen. Die Deglutitionsstörungen pflegen vielmehr in der Mehrzahl der Fälle durch einen hysterischen Spasmus hervorgerufen zu sein. — Die hysterischen Krämpfe sind teils als reflektirte zu erkennen, teils entstehen sie ohne erkennbare Mitwirkung eines centripedalen Reizes. Zu denen der ersteren Art kann im weiteren Sinne auch die durch Gemütserregungen vermittelten zählen, die in ihrer typischen Abstufung und Ausbreitung eine einfache Steigerung der auch im gesunden Zustande durch Affekte hervorgerufenen unwillkürlichen Bewegungen darstellen.

Die am häufigsten vorkommende ist die den sog. Globus hystericus bedingende. Diese Erscheinung fehlt nur bei wenigen Hysterischen, ist aber im Einzelnen in ihrer Form und in der Häufigkeit ihrer Wiederholung sehr variabel. Gewöhnlich haben die Kranken das Gefühl, als ob ein fremder Körper, meist von kugeliger Gestalt vom Magen oder von irgend einer Stelle der Speiseröhre aus nach oben steige und in der Schlundgegend stecken bleibe. Häufig entsteht die Kugel auch an dieser Stelle, ohne ihren Ort weiter zu wechseln. Diese Erscheinung entsteht zuweilen spontan, namentlich als Prodromalerscheinung allgemeiner Krampfanfälle, ist ferner die gewöhnlichste Begleiterin psychischer Erregung der Hysterischen und kommt endlich häufig nachweisbar auf reflektorischem Wege zu stande. Das letzte tritt bei manchen Kranken regelmässig beim Essen ein, zuweilen sind es einzelne Speisen, die den Globus hervorrufen, manchmal wird leichter festes als flüssiges und umgekehrt, leichter warmes als kaltes vertragen, woraus wir wohl den Schluss ziehen können, dass dieses von der Idiosyncrasie der Kranken abhängt. In anderen Fällen wird die Erscheinung so stark, dass sie bei jedem

Schluckversuch eintritt und die Kranken veranlasst, fast gar keine Nahrung aufzunehmen, sodass man zur Ernährung mittelst Schlundsonde greifen muss.

Dieser Globus hystericus, welcher, wie wir erwähnt, bis zur vollständigen Dysphagie führen kann, besteht wie man annimmt, in einem Spasmus der Oesophagus- oder Pharynx-Muskulatur, ob auf motorischer oder sensibler Basis beruhend, darüber gehen die Ansichten der Autoren vorläufig noch weit auseinander. Eine bekannte Thatsache ist es, dass sich gelegentlich mit den Krampferscheinungen im Pharynx solche in der Zunge combinieren. Diese wird bei jedem Bewegungsversuch heftig und ungleichmässig contrahiert, bald nach der Seite, bald nach oben gezogen, bald zurückgeschlagen, sodass sowohl die Articulation wie auch der Schlingakt wesentlich beeinträchtigt werden kann.

Betrachten wir an dieser Stelle die hysterische Dysphagie näher, so finden wir zuweilen bei Hysterischen eine Renitenz gegen die Einnahme von Nahrung, die, mag sie auf Gefühlstäuschung oder blosser psychischer Schwäche beruhen, in ihren höchsten Graden wohl bis zur Vortäuschung von wirklichem Defekt der Bewegungsapparate führen kann. In den überwiegend meisten Fällen sind da sämmtliche der Einführung und Zubereitung des Ernährungsmaterials dienenden willkürlichen Mechanismen, Lippen, Wange, Zunge und Kauwerkzeuge entweder völlig ausser Thätigkeit gesetzt — und hier kann die Speisung nur dann zum Ziele kommen, wenn die Speise dem sogenannten anatomischen Schlingapparate direkt anheimgegeben wird; oder dieselben erleiden doch eine solche Herabsetzung ihrer Arbeitsleistung, dass der physiologische Zweck nur unvollkommen oder nur durch Kunsthülfe erreicht wird. Das Auftreten der hysterischen

Dysphagie durch Unthätigkeit der Lippen, Zunge und Kauwerkzeuge auf psychische Einflüsse basiert, hat man nur selten Gelegenheit zu beobachten, dagegen sieht man bedeutend häufiger, dass Krampfzustände der Kaumuskulatur, da sie die die Thätigkeit des Kauapparates beeinträchtigen, mithin Dysphagie veranlassen, reflektorisch aus traumatischen Ursachen, ferner durch Reizzustände bei Hysterischen zu stande kommen. Höhere Grade werden durch Funktionsstörungen der beteiligten Muskulatur des Oesophagus veranlasst. Die Krämpfe, welche im Bereich der Schlingmuskulatur auftreten, sind meist lokal bedingt und reflektorischer Natur, indem von der gereizten Schleimhaut aus, selbst bei flüssigen Ingestis mehr oder weniger langdauernde Contraktionen ganzer Muskelgruppen oder kleinerer Bezirke der Muskulatur der Speiseröhre ausgelöst werden, oder sie sind Teilerscheinungen von allgemeinen Krankheiten wie bei der Hysterie.

Wir wollen nun 3 Fälle von hysterischer Dysphagie, von denen Herr Prof. Mendel die ersten beiden, den dritten und schwersten ich in der Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, mitteilen.

I. Frau X. 37 Jahre alt, von nervöser Mutter stammend, ohne sonstige schwere Erkrankungen in der Familie, 15 Jahre verheiratet, kinderlos. Von den Mädchenjahren an hat Patientin an Migräne gelitten und erkrankte im 21. Jahre an einer Pleuritis exsudativa sinistra, welche aber ohne Residuen geheilt ist. In der Reconvalescenz von dieser Krankheit stellte sich eine Störung ein, welche die Patientin damit bezeichnete, dass sie nicht schlucken und zumal feste Sachen nicht herunterbringen könne. Sie wurde auf flüssige Nahrung

beschränkt und kam körperlich immer mehr herunter und verlor etwa 10 Pfund an Körpergewicht.

Die gracil gebaute Frau zeigte bei der Untersuchung, abgesehen von einer Herabsetzung des Gefühls auf der ganzen linken Körperoberfläche ohne Beteiligung der höheren Sinne und linksseitiger Ovarie, nur folgende Störungen, welche bei den vorgenommenen Versuchen zu essen, hervortraten. Wenn sie klein gehacktes Fleisch oder kleine Stückchen Semmel in den Mund nahm, so wurden die Bissen von einer Seite nach der anderen gewälzt, auch nach hinten dem Rachen zu, dann nach vorn wieder gegen die Mundöffnung gebracht, ohne dass Patientin fähig war, eine Schluckbewegung auszuführen. Zuweilen gelang das überhaupt nicht, und die Patientin brachte nach mühevollen Versuchen die Speisen wieder heraus. Meist aber brachte sie den Bissen nach einiger Zeit bis in den Pharynx, und nachdem dort ein Hindernis, wie es schien, überwunden war, ging das Schlucken in normaler Weise von statten. Im übrigen liess sich weder an der Sensibilität noch an der Muskulatur des Mundes, der Zunge und des Rachens irgend etwas Krankhaftes nachweisen. Auch der Rachenreflex erschien durchaus normal.

Ausser inneren Medicamenten, welche als Antihysterica gebraucht wurden, wurde angeordnet, dass bei jeder Mahlzeit ein schwacher constanter Strom in der Weise appliciert wurde, dass der positive Pol an den Nacken, der negative auf das Sternum appliciert wurde, und während dieser Procedur die Nahrungsaufnahme erfolgte. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand mit Schwankungen im Laufe eines Vierteljahrs.

II. Herr X., 53 Jahre alt, neuropathischer Familie entstammend, vielfach an Kopfschmerzen leidend, war

im übrigen gesund. Seit 20 Jahren ist er verheiratet und die Ehe kinderlos. Nach starken geistigen Anstrengungen trat plötzlich bei einer Mahlzeit die Unfähigkeit ein, den geschluckten Bissen herunterzubringen und gelang dies erst mit Schmerzen im Halse nach verschiedenen vergeblichen Versuchen den Bissen wieder nach oben zu bringen.

Die Untersuchung zeigte einen Mann mittlerer Ernährung und mittelkräftiger Muskulatur ohne jedes nachweisbar objective Symptom. Speciell zeigte sich bei der lokalen Untersuchung des Mundes, des Rachens, des Oesophagus mit der Schlundsonde absolut keine Störung. Die Beobachtung beim Essen zeigte, dass der geschluckte Bissen im oberen Drittel des Oesophagus etwa in der Höhe der Cartilago thyreoidea stecken blieb. Getränke gingen leichter herunter, aber doch nicht ganz ohne Störung an der betreffenden Stelle.

Die Behandlung wurde in derselben Weise wie in dem ersten Falle eingeleitet und führte in ca. 9—12 Tagen zur Beseitigung der Schluckstörung.

III. Patientin ist eine 41jährige Frau, deren Vater im 54. Lebensjahre angeblich am Gehirnschlag gestorben, während ihre Mutter, bei welcher angeblich niemals nervöse Störungen beobachtet worden sind, sich trotz des hohen Alters von 72 Jahren einer leidlichen Gesundheit erfreut; Geschwister sind gesund. Seit dem 21. Jahre ist Patientin verheiratet, hat 5 Mal entbunden und ein Mal abortiert; nur ein Kind lebt, die übrigen sind an Stickhusten, Lungenentzündung, Darmkatarrh und Krämpfen während der Dentitionsperiode gestorben. In ihrer Kindheit hat Patientin im sechsten Lebensjahre Masern, im vierzehnten Pocken durchgemacht, und hat

bis zu dieser Zeit Neigung zu Halsbräunen, welche angeblich in Zwischenräumen von 6 bis 8 Wochen regelmässig aufzutreten pflegten. Die Menstruation begann im Alter von 14 Jahren und soll stets normal gewesen sein. Seit längerer Zeit, angeblich seit einem Jahre, ist sie leidend. Sie klagt über Würge- und Halsbeschwerden, Knäuelgefühl, das sich in letzter Zeit bis zur Unmöglichkeit, feste sowie flüssige Nahrung zu sich zu nehmen, gesteigert hat. Namentlich belästigt sie eine eigentümliche Erscheinung, nämlich das Gefühl, als ob sich ein fremder Körper, etwa wie eine Bohne von der Mitte des Brustbeins bis zum Kehlkopf hinbewegte und sich dort festsetze, und als ob schliesslich der Hals zusammengeschnürt würde. Sie giebt an, dass anfangs Schlingbeschwerden vorhanden gewesen, welche jedoch gegenüber dem lästigen Druckgefühl im Halse ziemlich in den Hintergrund treten. Seit September vorigen Jahres stellten sich indessen solch hochgradige Schlingstörungen ein, dass Patientin sich auf ein Minimum von Speisen beschränkte und infolge dessen Anfang März 30 Pfund abgenommen hat. Flüssige Nahrung, namentlich Bouillon und Milch werden leichter genossen und bereiten der Kranken weniger Schwierigkeiten, als die festen, sodass sie lieber auf letztere verzichtet. Mitunter treten auch beim Essen Erstickungsanfälle ein oder das Genossene wird sofort nach der Aufnahme, sobald die Kranke zu schlingen sucht, durch Mund und Nase gleichzeitig erbrochen, was besonders fein geschabtes Fleisch — die einzig feste Nahrung, welche sie hin und wieder zu sich zu nehmen versucht — hervorzurufen pflegt. Die Beschwerden nehmen von Tag zu Tag zu und hat die Patientin nur zuweilen Remissionen eintreten sehen. Will sie, von heftigem Hunger getrieben, das Essen er-

zwingen, so findet jedesmal starkes Erbrechen durch Mund und Nase statt.

Ausserdem hat sie über Kopfschmerz, Kriebeln in den Händen sowie Schmerzen zwischen den Schulterblättern zu klagen. Nachdem Patientin mehrere Aerzte ohne jeden Erfolg consultiert hatte, suchte sie schliesslich die Poliklinik des Herrn Prof. Mendel auf, um von ihrem Leiden befreit zu werden.

Bei der am 3. März vorgenommenen Untersuchung fand ich eine mittelgrosse, stark abgemagerte Frau. Die Haut ist sehr blass und die sichtbaren Schleimhäute livide gefärbt. Sie zeigt einen kräftigen Knochenbau, mässig stark entwickelte Muskulatur, der Panniculus adiposus ist stark geschwunden, so dass sich die Haut in grossen Falten abheben lässt. Exantheme, Drüsenschwellung, Oedeme sind nicht vorhanden. Puls und Temperatur sind normal. Die Inspektion der Mund- und Rachenhöhle ergiebt normales Verhalten, desgleichen zeigt sich bei der Untersuchung des Oesophagus mit der Schlundsonde nicht die geringste Störung, ohne Hindernis gleitet sie schmerzlos bis in den Magen. Auch die physikalische Untersuchung der Brustorgane zeigt nichts abnormes; bei der laryngoscopischen Untersuchung erhalten wir gleichfalls das Bild eines vollständig normalen Kehlkopfinnern. Insbesondere sind keine ulceröse oder neoplasmatische Veränderungen, welche direkt mechanisch oder durch Vagusaffektionen die Beschwerden der Patientin hervorrufen könnten, zu entdecken. Auf der ganzen rechten Körperoberfläche finden wir starkes Schmerzgefühl, welches durch den leichtesten Druck, ja schon bei der blossen Berührung ganz bedeutend gesteigert wird. Ausserdem zeigt sich rechtsseitige Ovarie sowie

grosse Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Austrittstelle des rechten Nervus occipitalis.

Auch hier wurde in derselben Weise wie im Falle I und II therapeutisch vorgegangen und wir konnten nach drei Wochen schon eine wesentliche Besserung der Kranken konstatieren, sodass wir wohl zu der Hoffnung berechtigt sind, dass die Patientin in kürzester Zeit von ihrem Leiden befreit sein wird.

Sehr ähnlich den von uns eben angeführten Fällen sind einige von Eloy beschriebene Fälle von hysterischer Dysphagie.

Fall I. Eine Frau hatte aus Versehen einen Tropfen Kalilauge auf die Zunge fallen lassen, seitdem empfand sie lebhaften Schmerz rechts im Schlunde, für feste Nahrung bestand complete, für flüssige partielle Dysphagie. Die Behandlung bestand in leichter Sondierung.

Fall II. Ein Mann war heftig erschrocken, während er sich die Zähne putzte. Seitdem empfand er Schmerzen und Behinderung beim Schlucken. Ausserdem hatte er das Gefühl, als ob ein Fremdkörper im Oesophagus sei und bat um dessen Extraktion. Auch hier führte die leichte Sondierung zur vollständigen Wiederherstellung seiner Gesundheit.

Da wir es im zweiten Falle mit einem psychischen, im ersten mit einem mechanischen Trauma zu thun haben, woran sich unmittelbar, ohne dass der Schluckapparat an und für sich eine Veränderung erlitt, die Schlingstörungen anschliessen, so imponieren uns diese beiden Fälle ohne weiteres als solche, welche auf hysterischer Basis beruhen. Denn es machen sich sehr oft, wie schon oben erwähnt, in bemerkenswerter Weise die besonderen Nebenumstände der psychischen Einwirkung

auf die Lokalisation der hysterischen Erkrankung geltend. Derjenige Körperteil wird nämlich meist später von der hysterischen Affektion ergriffen, auf welchen das Individuum bei der psychischen Erregung seine Aufmerksamkeit gelenkt hat.

Es dürfte hier wohl der Ort sein, einiges über die Differentialdiagnose zwischen der nervösen und hysterischen Dysphagie zu reden.

Es giebt Fälle von Deglutitionsstörungen bei ulcerösen Larynxaffektionen, wo man bei der Untersuchung des Schlingapparates nicht die geringste anatomisch-pathologische Veränderung vorfindet, und deshalb sehr leicht geneigt sein kann, wo die Stimme nicht alteriert erscheint, auch sonst kein auffallendes Symptom vorhanden, sodass die Affektion im Ganzen das Gepräge der Hysterie an sich trägt, Dysphagia hysterica zu diagnosticieren. Bei Anwendung des Kehlkopfspiegels gestaltet sich das Bild nun ganz anders; der intralaryngeale Befund ergiebt dann nämlich, dass ulceröse Störungen am Larynx, welche zu den lästigsten Symptomen der späteren Lungentuberkulose gehören, das ätiologische Moment der Schlingstörung sind.

Nicht minder wertvoll sind zur richtigen Beurteilung der Schlingstörung zwei von Ganghofner mitgeteilte Fälle, welche 2 weibliche Individuen von 39 resp. 44 Jahren betreffen. Beide Kranke klagen über Schlingstörungen. In beiden Fällen war mässige Struma vorhanden, ohne dass derselben jedoch wesentliche Bedeutung für die Genese des Krampfes hätte zugeschrieben werden können. Bei beiden Patientinnen traten Glottiskrämpfe besonders beim Einführen der Schlundsonde auf, ohne dass am Kehlkopf anatomische Veränderungen bei der laryngoscopischen Untersuchung wahrgenommen werden konnten,

sodass der Gedanke sehr nahe lag, an Hysterie zu denken. Die Durchführung der Schlundsonde durch die spastische Strictur war anfangs unmöglich, da jedesmal Erstickungsanfälle auftraten. Bei beiden war die Galvanisation am Halse eine überraschend günstige, und nach längerem Gebrauch, wie es scheint, auch eine andauernde. Da in diesen Fällen die Beschwerden durch Anwendung des galvanischen Stromes schwanden, so darf man auf den neurotischen Charakter der Dysphagie schliessen und nicht auf den hysterischen, weil nicht die geringsten Anhaltspunkte für die Hysterie aufzufinden waren. Dass nicht etwa die Struma die Störungen hervorgerufen, dafür spricht der Umstand, dass in einem dieser angeführten Fälle die Dysphagie, ohne dass die Struma sich bemerkbar verändert hatte, plötzlich vollständig durch die Applikation des galvanischen Stromes rückgängig wurde.

Ein besonderes Interesse in differentialdiagnostischer Hinsicht beansprucht auch die andauernde spastische Strictur des Oesophagus, welche Hamburger in seiner ausführlichen Bearbeitung der Oesophagus-Krankheiten unter dem Namen „Stenosis spastica fixa“ beschreibt. Er sagt von diesem Krampf, dass er an ein und derselben Stelle längere Zeit und in gleicher Stärke verharrt und nur zuweilen durch wenige Tage remittiert, niemals gänzlich intermittiert. Er bemerkt dabei, dass in der neueren Litteratur entweder geschwiegen oder nur mit grosser Unsicherheit gesprochen werde. Hamburger selbst kennt im Ganzen nur 3 Beobachtungen dieser Form, darunter zwei eigene und eine aus der Litteratur.

Der erste Fall betraf eine Frau, welche mehrere Jahre lang an Lues gelitten hatte; der zweite einen Mann in vorgerücktem Alter, dessen spastische Strictur

nachweisbar in der Gegend des 4. Brustwirbels vorhanden war; eine Ursache liess sich nicht ermitteln. Der Mann wurde von seiner Striktur durch Sondirung geheilt, starb jedoch ein Jahr nachher an Carcinoma ventriculi. Einen ähnlichen Fall beschreibt Monro: Bei einem Manne, welcher 6 Monate hindurch wegen einer Verengerung des Oesophagus durch häufige Katheterisation behandelt worden war, ergab die Sektion Magenkrebs mit Adhaerenzen desselben an der Leber. Die Speiseröhre aber zeigte auch nicht die Spur einer krankhaften Alteration.

Ganghofner berichtet einen mit dem letzten ganz übereinstimmenden Fall. Ein Mann mit nachweisbarem Carcinoma pylori klagt eines Tages über Schlingbeschwerden. Bei der Untersuchung ergab sich, dass der Bissen den Isthmus faucium thatsächlich passiert und sich in der oberen Partie des Oesophagus festgesetzt hatte. In der That wurde der Bissen ohne Erbrechen mittelst leichter Würgbewegung nach etwa 2 Minuten zurückgeworfen. Bei der Einführung der Sonde stiess man an dieser Stelle auf ein Hindernis, das sich jedoch sehr bald überwinden liess und die Sonde gelangte anstandslos in den Magen. Nach 14tägiger Katheterisation ging diese Affektion vollständig zurück. Bei der späteren Sektion des Patienten fand man abgesehen von dem hochgradigen Carcinoma pylori absolut keine pathologische Veränderung in dem Oesophagus.

Bei letzterem Falle war es gewiss schwer an Hysterie zu denken, da schon ein Carcinoma pylori bestand, während man im vorhergehenden, wo erst durch die Sektion eine krebsige Entartung des Magens konstatirt wurde, intra vitam vielleicht geneigt sein konnte, eine hysterische Affektion anzunehmen. In beiden Fällen kann man jedenfalls eine Reflexwirkung, die durch die

an anderer Stelle im tractus intestinalis belegene Veränderung gesetzt wurde, für die Functionsstörung des Oesophagus verantwortlich machen. Man hat also bei Dysphagieen, für die ein palpables Substrat nicht nachweisbar ist, immer im Auge zu behalten, dass auch Veränderungen im Magendarmkanal, ohne erkennbar zu sein, eine Deglutitionsstörung auf reflektorischem Wege hervorrufen können. Je mehr nun das betreffende Individuum, was Alter, Descedenz, Kräftezustand angeht, den Verdacht einer solchen Erkrankung aufkommen lässt, um so vorsichtiger wird man in der Entscheidung, ob das Leiden hysterischer oder anderweitiger Natur sei, zu verfahren haben.

Fälle von andauernd spastischer Strictur finden sich auch in französischer und englischer Litteratur. Es folge hier ein Fall von Foot. Bei einem 45jährigen Seemanne, welcher von frühester Jugend an mit alljährlich recidivierenden Anginen zu kämpfen gehabt, entwickelte sich im 31. Lebensjahre, während die Anginen immer noch wiederkehrten, Dysphagie, so dass feste Speisen gar nicht den Oesophagus passieren konnten. Flüssigkeiten passierten nur sehr schwierig, warme besser als kalte; psychische Erregungen steigerten die Erscheinungen; Patient magerte stark ab. Nach Excision der rechten Tonsille besserte sich sein Zustand auffallend, sodass Patient einige Jahre lang seinen Dienst versehen konnte.

Foot, welcher mehrere derartige Fälle beschreibt, erklärt sich die Erscheinungen aus gesteigerter Empfindlichkeit der Schleimhaut. Diese Erklärung Foots scheint uns vollkommen annehmbar, und wir sehen demnach in der Hyperaesthesie der Schleimhaut ein weiteres Moment für die Entstehung der Dysphagie, welche bei Nichtbe-

achtung dieser Möglichkeit leicht als hysterische imponieren könnte.

Betrachten wir nun zum Schluss noch einmal die von uns beobachteten drei Fälle, so finden wir, dass sich abgesehen von dem Fehlen jeder pathologischen Veränderung des Mundes, Rachens und des Oesophagus neben der Dysphagie im Falle I und III eine Reihe von Symptomen zeigten, welche einzig und allein für die Hysterie charakteristisch sind. Auch bei Fall II, wo wir es mit einem aus neuropathischer Familie stammenden Patienten zu thun haben, gehen wir wohl nicht fehl, gleichfalls die Diagnose auf hysterische Dysphagie zu stellen, wenn wir in Betracht ziehen, einmal die Praedisposition, ferner die Ursache: psychische Erregung und drittens den Erfolg der antihysterischen Behandlung, welche in diesem wie in den beiden anderen Fällen in kurzer Zeit den Kranken von seinem unangenehmen Leiden befreite. Man hat daher bei jeder Dysphagie insbesondere auf die Symptome und den Verlauf der Affektion seine Aufmerksamkeit zu richten, und nur in dem Falle die Deglutitionsstörung als eine hysterische anzusehen, wenn man entweder die bekannten hysterischen Stigmata nachweisen kann, oder wenn diese nicht vorhanden, auf Grund der antihysterischen Behandlung eine deutliche Besserung eintritt.

Was die Therapie anbetrifft, so muss der Arzt bei jeder hysterischen Krankheit sein Hauptaugenmerk auf die psychische Behandlung richten und erst in zweiter Linie seine Zuflucht zu den Medikamenten nehmen, welche nur in seltenen Fällen eine Heilung zu erzielen vermögen. Im Allgemeinen darf man gewiss behaupten, dass jede Behandlungsweise der Hysterie nur dann wirksam ist, wenn sich das notwendige psychische Moment

damit verbindet. Infolgedessen kann jede beliebige Verordnung den grössten Erfolg haben, sobald der Kranke „daran glaubt", d. h. die psychische Wirkung dieses Glaubens zur Geltung kommt. Von besonderen Behandlungsmethoden finden gegenwärtig die meiste Anwendung die Electrotherapie, welche nicht nur wie in unseren Fällen bei hysterischem Spasmus, sondern auch bei Lähmungen, Kontraktionen u. s. w. in einer grossen Reihe von Fällen mit bestem Erfolg angewandt wird. Zwei in neuerer Zeit vielfach besprochene Behandlungsmethoden müssen wir hier noch erwähnen, die Metallo-Therapie und die Behandlung durch Hypnose, bei welchen beiden die Erfolge durch Suggestion, wiederum durch Vorstellung vermittelt, in manchen Fällen erzielt werden.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Mendel für die Ueberlassung des Materials sowie für die Anregung zu dieser Arbeit und die vielfach gütige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Kurzer Beitrag zur Geschichte von hysterischen Krankheiten, von Adam Julius Goetzens. 1771.
2. Arend. Johan. Wynne. Spec. med. inaug. exhibens nonnullos casus Dysphagiae in nosocomio acad. observatos. Groningae 1818.
3. Archiv général de Med. 1858. Gendron: Sur la dysphagie, ses variétés et son traitement.
4. Über hysterische Krämpfe und hysterische Lähmungen, von Ar. v. Franque. 1861.
5. Jahresbericht Virchow-Hirsch. 1866.
6. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1869. Zenker: Klinische Bedeutung der Dysphagieen gestörter und gelähmter Kranken.
7. Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Motilitäts-Neurosen, von Romberg.
8. Goltz: Studien über Bewegungen der Speiseröhre. Pflügers Archiv 1872.
9. Klinik der Oesophagus-Krankheiten. Hamburger. 1871.
10. Berliner Klinische Wochenschrift 1867, 1881, 1884, 1886, 1890.
11. Prager medicinische Wochenschrift 1876.
12. Deutsche medicinische Wochenschrift 1884.
13. Schmidts Jahrbücher 1881, 1890.
14. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, von Ziemssen. 1877.
15. Neurologisches Centralblatt 1890.
16. Strümpell. Specielle Pathologie und Therapie. 1890.
17. Rosenheim. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. 1891.
18. Gowers. Handbuch der Nervenkrankheiten. 1892.

VITA.

Geboren wurde ich, Paul Blankenstein, als Sohn des Sanitätsrates Dr. Max Blankenstein und seiner Ehefrau Sophie, geb. Kronenberg, am 29. Mai 1868 zu Dortmund in Westfalen. Nachdem ich am dortigen Gymnasium im Frühjahr 1889 das Zeugnis der Reife erhalten hatte, begann ich meine medicinischen Studien in Freiburg i. B., woselbst ich beim 5. Bad. Infanterie-Regt. Nr. 113 meiner Militairpflicht genügte. Darauf wandte ich mich für die nächsten drei Semester nach Bonn, woselbst ich am 24. Februar 1891 die ärztliche Vorprüfung bestand. Das sechste, siebente und achte Semester verbrachte ich in Berlin, um dann nach Bonn zurückzukehren, wo ich am 11. Juli 1893 das Examen rigorosum bestand.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen bezw. Kliniken der Herren Professoren und Docenten:

In Freiburg: Hildebrand, Wiedersheim.

In Bonn: Binz, Doutrelepont, Eigenbrodt, Geppert, Hertz, Kekulé, Koester, Leo, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Saemisch, Schultze, Schiefferdecker, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Witzel.

In Berlin: v. Bardeleben, Gerhardt, O. Israel, Klemperer, Leyden, Litten, Mendel, Olshausen, Senator, Virchow, Winter, M. Wolff.

Allen diesen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.